

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ SSN: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Tel: _____

Medico de cabecera: _____ Tel: _____

Medico referente: _____ Tel: _____

¿Como escucho a nosotros? _____

HISTORIA MÉDICO

Por favor marque (☒) si fue **diagnosticado** con lo siguiente...

1	Asma		14	Demencia		27	Deterioro Auditivo	
2	Alergias		15	Problemas de la Espalda/ Cuello		28	Deterioro de la Visión	
3	Diabetes		16	Problemas Renales/ Hepáticos		29	Osteoartritis	
4	EPOC		17	Problemas de la Vejiga		30	Fibromialgia	
5	ARDS		18	Problemas Urinarios		31	Artritis Reumatoide	
6	Glaucoma		19	Problemas de la Próstata		32	Enfermedad Gastrointestinal	
7	Enfisema		20	Problemas de la Tiroides		33	Prótesis	
8	Dolores de Cabeza		21	Problemas del Sueño		34	Implantes	
9	Cáncer		22	Problemas de circulación		34	AIDS o HIV	
10	Derrame cerebral		23	Problemas Ginecológicos		36	Hepatitis	
11	Infarto / TIA		24	Osteoporosis / Osteopenia		37	Esclerosis Múltiple	
12	Convulsiones		25	Presión Arterial Alta/Baja		38	Parkinson	
13	Problemas del Corazón		26	Glucosa en la sangre alta o baja		CICULE: Mano derecho o izquierda		

Otra historia médica: _____

Si usted contesto afirmativo, para cualquiera de las preguntas anteriores, por favor indique el número y explique.

No. _____ , _____

No. _____ , _____

No. _____ , _____

No. _____ , _____

Cirugías/hospitalizaciones previas: _____ Fecha: _____

Cirugías/hospitalizaciones previas: _____ Fecha: _____

¿Usted fuma? _____. ¿Usted bebe alcohol? _____. Indique cuánto cada día: _____

EXPERIENCIA RECENTAMENTE (ÚLTIMO MES) ... Por favor marque si es necesario:

Cambios de Peso Inexplicables	<input type="checkbox"/>	Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/>	Náuseas / Vómitos	<input type="checkbox"/>
Cambios en el Apetito	<input type="checkbox"/>	Fiebres / Escalofríos / Sudores	<input type="checkbox"/>	Mareos / Desmayos	<input type="checkbox"/>
Cambios en la Función Intestinal	<input type="checkbox"/>	Resfriado / Gripe / Algún Virus	<input type="checkbox"/>	Inestabilidad / Caídas	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo a mareos /desmayos, indique cuándo se producen: _____

En caso afirmativo de caídas, indique la cantidad en el último año: _____

MEDICAMENTOS (incluso sin receta)

Nombre de la Droga	Dosis	Con qué Frecuencia

PRUEBAS MÉDICAS

Nombre de prueba (RADIOGRAFÍA, MRI...)	Fecha	Resultado

EXPERIENCIA RECIENTE

Describe como ocurrió su condición o problema: _____

Describe sus síntomas: _____

¿Cuándo ocurrió?

- Hace 1 Semana Hace 2-3 Hace 1 Mes-3 Meses Hace 3-6 Meses Más de 6 Meses

¿Cómo ocurrió?

- De Repente Gradualmente Causado por: _____

¿Actualmente, su problema esta... MEJORANDO EMPEORANDO SIGUE IGUAL?

¿Antes de esta ocurrencia, ha tenido algunos problemas con esta misma área? _____.

Si es así, explique: _____

DOLOR Y UBICACIÓN

Nivel del dolor **ahora** (circule uno)

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor extrema

En las **últimas semanas**...

Su calificación más baja de dolor es _____/10 Su calificación más alta de dolor es _____/10

Qué palabra(s) describen su dolor... molestia punzante adormecimiento localizado tirante

como agujetas un ardor palpitante calambres hinchazón de hormigueo Otro: _____

¿Qué mejora su dolor? _____

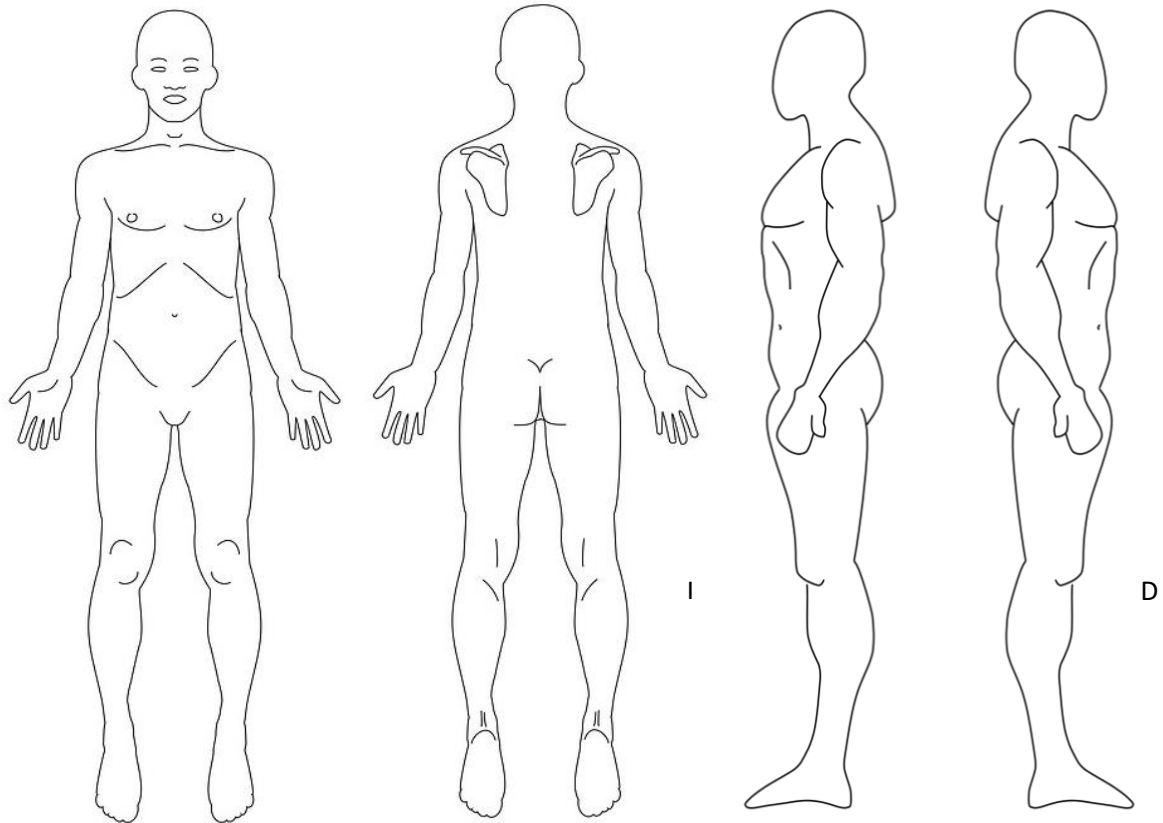
¿Qué empeora su dolor? _____

¿La tos o los estornudos le causan alguna molestia?		¿Ha despertado por la noche por el dolor?	
¿Ha tenido terapia física antes para este problema?		¿Si es así, usted puede devolver a dormir?	

¿Ha progresado los síntomas a nuevas áreas, si es así explica? _____

Por favor marque:

- ▲ Entumecimiento
- Dolor Mínimo
- Dolor Moderado
- ✗ Dolor Intenso



Sólo para uso de la oficina:

Blood Pressure _____ O2 _____ Heart Rate _____ Height _____ Weight _____

Reconocimiento de Pólizas y Prácticas Privadas

Lea atentamente este aviso con respecto a nuestras políticas y prácticas.

Asistencia y Horarios

La Terapia física es un proceso, aunque es posible que empiece a sentirte mejor antes de lo esperado, siempre se recomienda que la continúe hasta que **le den de alta oficialmente**. Si bien ciertas lesiones y/o condiciones pueden demorar más de lo esperado, no la suspenda. Las interrupciones en el tratamiento a menudo retrasan el tiempo de recuperación y pueden provocar períodos de molestia y/o dolor. Le recomendamos que hable con nosotros para modificar su plan de atención o comunicarse con su médico para conocer otra opción. Además, es importante para nosotros tratar a todos los pacientes con el mismo tipo de cuidado y atención. Por lo tanto, si usted no puede asistir a su cita, le pedimos amablemente que nos contacte lo más pronto posible

Pedimos a todos nuestros pacientes que acudan a sus citas programadas **A TIEMPO**. Los pacientes que lleguen antes se les puede pedir que esperen hasta la hora programada para su cita para ser atendidos. y, si llega con más de 15 minutos de retraso, se le puede pedir que programe otra cita. Además, si pierde más de **tres (3)** citas, podemos contactar a su médico/abogado/etc. para notificarles que usted no cumple con a la terapia

Referidos para Terapia Física

Tenga cuenta que el referido que trae de su médico tiene una fecha de vencimiento. A menos que se escriba explícitamente lo contrario, el referido caducará en **seis (6)** meses a partir de la fecha escrita por su doctor. Es importante tener un referido actualizado, para que su seguro médico continúe cubriendo los servicios de terapia física. Además, la ley del Estado Pennsylvania requiere un referido actualizado para poder recibir servicios de terapia física. Nuestra oficina tratará de recordarle que continúe trayendo referidos actualizados, pero no es nuestra responsabilidad hacerlo. Siempre que haga un seguimiento con su doctor primario o médico de referencia, le recomendamos que solicite un referido nuevo, si es necesario. Si su referido no está actualizado desafortunadamente no podremos brindarle los servicios de terapia.

Consentimiento para el Tratamiento

Yo, el firmante, autorizo a Central Physical Therapy & Rehabilitation, LLC a evaluar y/o tratar mi lesión/condición. Yo, también entiendo ninguna garantía o promesa sobre los resultados del tratamiento. En ciertos casos, las primeras citas de tratamiento pueden resultar en molestias o dolor, lo cual entiendo que es normal, debido al aumento de la actividad física. Aunque no es común, entiendo que mi condición puede empeorar incluso con el tratamiento recomendado. Este es el consentimiento se entiende como una renuncia a la responsabilidad por tal tratamiento esperando actos de negligencia.

Nuestro Deber Legal

Central Physical Therapy & Rehabilitation, LLC está obligada por ley a proteger su información personal y de salud, mantener la confidencialidad, notificar sobre nuestras políticas de gestión y seguir los protocolos descritos a continuación.

La Divulgación de Información

Usamos su información personal y de salud para tratar, asegurar el pago, realizar actividades administrativas internas y evaluar la calidad de la atención. Además, podemos usar su información sin autorización previa para fines de salud pública, recordatorios de citas, seguimiento de auditorías y, si lo requiere la ley. Si en cualquier momento cambiamos nuestras políticas, estas estarán disponibles para su consulta en cualquier momento y podrá solicitar una copia. Nuestra oficial de cumplimiento es Claudia Salgado; usted puede comunicarse con ella a nuestra oficina al (484) 987-2738.

Yo, por la presente, asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Medicaid, seguros privados y terceros pagadores a: Central Physical Therapy & Rehabilitation, LLC. Se necesita una fotocopia de los beneficios para verificar la elegibilidad de beneficios. Yo, por la presente, autorizo al cesionario a divulgar toda la información necesaria, incluidos los expedientes médicos y/o el cesionario podrá representarme para asegurar el pago de dichos beneficios.

Política Financiera

Se requiere que tengamos su información de seguro más actualizada en el momento de su primera visita, si no la entrega hoy, debe hacerlo en su segunda visita. Si usted cambia de seguro, **DEBE** notificarnos lo inmediatamente. Si no nos notifica, usted será responsable de los saldos adeudados.

Central Physical Therapy & Rehabilitation, LLC se comunicará con su compañía de seguros para verificar la cobertura y los beneficios. Esto no significa una autorización previa del tratamiento. Cuando su seguro requiera una pre-autorización, esperaremos para tratarlo hasta que su compañía de seguros haya aprobado su tratamiento.

Ciertos seguros privados pueden requerir su consentimiento para el tratamiento, en este caso, lo representaremos para recibir aprobación de los servicios de fisioterapia.

Nosotros facturaremos a su seguro primario y secundario como una cortesía para usted. En la mayoría de los casos, Medicare pagará el 80% de cargos permitidos, si no tiene un seguro secundario, se le facturará el saldo.

Para un **auto-pago**, el saldo debe pagarse en el momento del servicio. En caso de que no pueda pagar en el momento del servicio, estamos dispuestos a hacer un acuerdo de pago. Tenga en cuenta que no somos un otorgante de crédito, por lo tanto, el incumplimiento al acuerdo de pago resultará en la colocación de su cuenta en una agencia de cobro o con un abogado.

Yo entiendo que soy responsable de cualquier cargo que mi compañía de seguros no pague por mi reclamo, generalmente un copago, deducible y/o coaseguro. En caso de que mi cuenta entre en mora y no se realice el pago, acepto la responsabilidad por el monto principal adeudado, así como todos los costos razonables asociados, los honorarios de abogados y todos los costos judiciales y honorarios legales adicionales asociados con la recuperación del débito.

Si su cobertura de seguro es a través de **Blue Cross Major Medical (Capital Blue Cross)**, su compañía de seguros le reembolsará directamente por a usted por los servicios de fisioterapia facturados por nosotros. En este caso, cuando reciba el pago, debe reconocer que usted tiene una obligación con nosotros y reembolsar el dinero inmediatamente a Central Physical Therapy & Rehabilitation, LLC para que lo podamos acreditar su cuenta.

Si está recibiendo terapia debido a un **accidente de auto**, se necesita lo siguiente información: el nombre de su compañía de seguros de auto y dirección, número de reclamo, nombre y número de teléfono del ajustador, nombre del seguro de salud privado y formularios de reclamo, reporte del accidente. Si usted tiene un abogado, su nombre, teléfono y dirección.

Si está recibiendo **beneficios de compensación para trabajadores**, se necesita lo siguiente: nombre y dirección de la empresa W/C, número de reclamo, el nombre y el teléfono del ajustador, nombre, dirección y número de teléfono del empleador, y si tiene un abogado, su nombre, teléfono y dirección. Tenga en cuenta que si tiene beneficios de reclamo de W/C y posteriormente se los niegan usted puede ser responsable por el monto total cobrado y los servicios prestados.

Sus derechos incluyen:

El derecho a solicitar y a recibir comunicaciones confidenciales de nuestra información de salud protegida por medios o asignaciones alternativas.

El derecho a acceder, inspeccionar y copiar su información de salud protegida

El derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida.

El derecho a recibir un informe sobre la divulgación de información protegida de salud fuera del tratamiento, pago y operaciones.

El derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte después de recibir la solicitud

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidos aquellos relacionados con divulgaciones de parientes cercanos, otros miembros de la familia, amigos personales o cualquier otra persona identificada por usted.

Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito con nosotros, o en el Departamento de Salud y Servicios Humanos y la Oficina de derechos civiles, si considera que se han violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por una queja.

Yo, _____ he revisado y entiendo el aviso de pólizas y practicas privadas.

X

Firma de Paciente (si es menor de 18, firma de un padre/tutor legal)

Fecha